

Une fin de grossesse compliquée

A complicated pregnancy

F. Picard*, C. Dromer**, K. Nubret***, A. Remy***, Y. Abdelmounen***

Une femme de 22 ans souffrant d'un lupus et d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) se présente en 2010, au septième mois d'une grossesse désirée.

Observation

Son HTAP a été découverte dans le cadre d'un bilan systématique en 2005, et un traitement par bosentan a alors été introduit. Des cures de cyclophosphamide ont été réalisées la même année du fait de l'apparition d'une protéinurie. En 2006, devant une dégradation clinique et hémodynamique, du sildénafil y est associé. Sous bithérapie, la situation s'améliore, et la patiente, insouciante, néglige de venir aux bilans de contrôle programmés et oublie également la contre-indication de grossesse.

Elle est revue en 2010 à 28 semaines d'aménorrhée (SA), contrainte par son obstétricien, après avoir arrêté d'elle-même le bosentan, qu'elle sait tératogène. Elle est en classe II, et le cathétérisme retrouve alors une légère dégradation par rapport à 2007. Il n'y a pas d'aggravation du lupus, et le fœtus va bien. Nous administrons un traitement par époprosténol en plus du sildénafil et suivons la grossesse jusqu'à 32 SA, puis nous réalisons une césarienne sous anesthésie générale, sans complication, en octobre. Malheureusement, à partir du troisième jour, elle présente une insuffisance cardiaque droite rapidement progressive en quelques jours, associée à une défaillance rénale et hépatique sans embolie pulmonaire. Le suivi quotidien est échographique, sans cathétérisme. Malgré la majoration des doses d'époprosténol et de sildénafil, la reprise du bosentan et la mise sous dobutamine et furosémide, la situation continue de se dégrader : un important syndrome inflammatoire, sans infection documentée, apparaît. Devant la suspicion de poussée lupique, une corticothérapie intraveineuse à forte dose (1 mg/kg) est instaurée, et la patiente est transférée en réanimation cardiaque au dixième jour pour hémodilution, mise sous monoxyde d'azote et rapprochement d'une structure d'assistance. Quelques heures après, elle présente un collapsus, puis une asystolie qui résiste à de fortes doses d'adrénaline. Une assistance de type ECLS (*ExtraCorporeal Life Support*) artérioveineuse fémoro-fémorale est mise en place sous massage cardiaque (45 minutes au total). Après quelques jours sous assistance, l'hémodynamique s'améliore nettement : les défaillances cardiaque, rénale et hépatique régressent complètement (*tableau*), et l'ECLS peut être sevrée à J12. La dose d'époprosténol est progressivement réduite et, à 1 mois, l'évolution hémodynamique est spectaculaire (*tableau*). Des cures de cyclophosphamide sont réalisées en relais quelques semaines plus tard, et l'époprosténol est finalement sevré après quelques mois. Avec 4 ans de recul, cette patiente est stable sous bithérapie orale et sa petite fille grandit bien.

Conclusion

Ce cas dramatique rappelle que la grossesse est une situation à très haut risque en cas d'HTAP (1, 2). Chez cette patiente, c'est une poussée lupique qui a été responsable de l'aggravation brutale de l'HTAP. Ce cas permet de rappeler l'efficacité du traitement immunosuppresseur en cas d'HTAP associée à un lupus (3) et de montrer l'intérêt de l'assistance circulatoire en sauvetage.

Ce cas constitue un cas de pharmacovigilance qui a été déclaré aux autorités compétentes.

Mots-clés

Hypertension artérielle pulmonaire • Lupus • Grossesse • Traitement immunosuppresseur • Assistance circulatoire

Pulmonary arterial hypertension • Lupus • Pregnancy • Immunosuppressive therapy • ExtraCorporeal Life Support

Keywords

Légende

Tableau. Évolution hémodynamique et fonctionnelle de l'HTAP.

Références bibliographiques

1. Jais X, Olsson KM, Barbera JA et al. Pregnancy outcomes in pulmonary arterial hypertension in the modern management era. *Eur Respir J* 2012;40:881-5.
2. Bédard E, Dimopoulos K, Gatzoulis MA. Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? *Eur Heart J* 2009;30:256-65.
3. Sanchez O, Sitbon O, Jais X, Simonneau G, Humbert M. Immunosuppressive therapy in connective tissue diseases-associated pulmonary arterial hypertension. *Chest* 2006;130:182-9.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec ce cas clinique.

* Service de cardiologie, CHU de Bordeaux.

** Service de pneumologie, CHU de Bordeaux.

*** Service de réanimation chirurgicale cardiaque, CHU de Bordeaux.

Tableau.

	Classe NYHA	TM6 (m)	BNP (pg/ml)	PAP (mmHg)	PAPO (mmHg)	POD (mmHg)	Débit cardiaque (l/mn)	Index cardiaque (l/mn/m ²)	Résistances vasculaires pulmonaires (UW)	Résistances vasculaires pulmonaires indexées (UW/m ²)	Traitement
2005	1	410	–	82/38/50	–	–	4,3	2,5	–	–	Bosentan 125 mg × 2
2006	2	360	–	95/41/60	8	4	4,3	2,5	12,1	20,8	Bosentan 125 mg × 2 Sildénafil 20 mg × 3
2007	1	460	107	87/35/56	15	9	5,9	3,4	6,9	12	Bosentan 125 mg × 2 Sildénafil 20 mg × 3
09/2010	2	430	240	93/44/63	8	4	6	3,15	9,1	17,4	Sildénafil 20 mg × 3*
10/2010	4	–	1 630	90 (ETT)	–	15 (ETT)	3,1 (ETT)	1,8 (ETT)	–	–	Époprosténol 21 ng Sildénafil 40 mg × 3 Bosentan 125 mg × 2
11/2010	2	–	150	42/23/30	7	4	6,7	3,4	3,4	6,7	Époprosténol 10 ng Sildénafil 40 mg × 3 Bosentan 125 mg × 2
05/2011	1	545	64	45/20/32	10	1	8,3	4,6	2,6	4,8	Époprosténol 10 ng Sildénafil 40 mg × 3 Bosentan 125 mg × 2
02/2015	1	560	32	48/20/32	8	2	8,1	4,7	3,0	5,1	Sildénafil 20 mg × 3 Bosentan 125 mg × 2

ETT : données hémodynamiques obtenues par échocardiographie et non par cathétérisme.

BNP : Brain Natriuretic Peptide. NYHA : New York Heart Association. POD : pression dans l'oreillette droite. PAP : pression artérielle pulmonaire. PAPO : pression artérielle pulmonaire d'occlusion. TM6 : test de marche de 6 minutes. UW : unités Wood.

* Le bosentan a été interrompu par la patiente à 5 semaines d'aménorrhée, dès qu'elle a appris sa grossesse.